

OGGETTO: RICHIESTA ASSENZA.

Il/La sottoscritta/o _____
(Cognome e Nome) _____ (qualifica)
in servizio presso codesta Istituzione Scolastica nell'a.s. _____ con contratto a tempo _____
(indeterminato/determinato)

CHIEDE

alla S.V. di poter usufruire per il periodo:

dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____
dal _____ al _____ di complessivi n. _____ giorni di _____

<input type="checkbox"/> Ferie durante lo svolgimento dell'attività didattica; (art. 13)	<input type="checkbox"/> Relative al corrente anno scolastico ***; <input type="checkbox"/> Maturate e non godute nel precedente A.S. (solo A.T.A.)
<input type="checkbox"/> Festività soppresse previste dalla legge 23/13/1977, n. 937	
<input type="checkbox"/> Recupero lavoro straordinario (solo A.T.A.)	
<input type="checkbox"/> Permesso retribuito per (art. 15) * (***) OBBLIGATORIA DICHIARAZIONE PERSONALE ai sensi degli artt. 75 e 76 D.P.R. 445/2000)	<input type="checkbox"/> Partecipazione a Concorso/Esame- Formazione; <input type="checkbox"/> Lutto familiare (giorni 3); <input type="checkbox"/> Motivi familiari/personali (***) <input type="checkbox"/> Matrimonio (giorni 15); <input type="checkbox"/> Obblighi legali/civili (mandato politico elettorale ecc.)
<input type="checkbox"/> Congedo parentale	<input type="checkbox"/> Congedo parentale /malattia figlio (nei primi tre anni di vita del bambino) <input type="checkbox"/> Congedo parentale /malattia figlio (3-8 ANNI)
<input type="checkbox"/> Malattia - Visita specialistica – Ricovero ospedaliero – Convalescenza ricovero - Esami diagnostici - (art. 17) (**)	
<input type="checkbox"/> Grave patologia	
<input type="checkbox"/> Altro caso previsto dalla normativa vigente (*)	

❖ La/Il sottoscritt__ dichiara (***) (campo obbligatorio in caso di richiesta Ferie art. 13 e Permesso retribuito Art. 15):

e che nel predetto periodo sarà reperibile al seguente indirizzo:

(località, via o piazza, n°. civico e n°. telefono)

Manfredonia, _____
(data)

(firma del dipendente)

(*) allegare documentazione giustificativa

(**) allegare certificazione medica

(***) sottoscrivere dichiarazione personale

RISERVATO ALLA SEGRETERIA

IL D.S.G.A.
Dott. Luca Galli

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Elisa Catta